

## KORVAUSHAKEMUKSEN TÄYTTÖOHJE

### Matkavahingot

Täyttäkää jokainen korvaushakemuksessa oleva kohta huolellisesti ja tarkistakaa esitetyjen tietojen oikeellisuus. Näin vältytte lisätiedusteluilta ja ratkaisu nopeutuu.

#### Korvaushakemuksen liitteet

##### MATKAN PERUUNTUMINEN

- Sairauskertomus
- Matkaliput, matkatoimiston laskelma maksetusta hyvityksestä

##### MATKAN KESKEYTYMINEN

- Alkuperäiset kulutositteet
- Sairauskertomus
- Tosite, jossa näkyy etukäteen maksetun matkan hinta
- Alkuperäiset tositteet ylimääräisistä kuluista ja käyttämättä jääneet matkaliput

##### MATKASAIRAUS

- Alkuperäiset tositteet sairauden hoitokuluista
- Apteekin kassakuitti ja reseptijäljennös lääkekuluista
- Matkaliput

##### MATKATAPATURMA

- Alkuperäiset tositteet hoitokuluista
- Sairauskertomus
- Hammastapaturmasta hammaslääkärinlausunto hoitoehdotuksineen ja kustannusarvioineen
- Matkaliput

Useimmat suomalaiset hoitolaitokset vähentävät sairausvakuutuslain mukaisen Kelan korvauksen suoraan laskusta. Mikäli Kelan korvauksen osuutta ei ole vähennetty, hakekaa ensin sairausvakuutuslain mukainen korvaus hoitokuluista. Hakekaa Kelan korvaus myös ulkomailla syntyneistä hoitokuluista. Kun olette saaneet päätöksen Kelasta, toimittakaa Kelan päätös sekä kopiot kulutositteista Fenniaan.

#### Lähetäkää kaikki korvaushakemuksen liitteenä Fenniaan.

Korvausta on haettava Fennialta kirjallisesti tai sähköisesti kirjallisessa muodossa vuoden kuluessa siitä, kun korvauksen hakija on saanut tietää vakuutuksen voimassaolosta, vakuutustapahtumasta ja vakuutustapahtumasta aiheutuneesta vahinkoseuraamuksesta. Korvausvaatimus on joka tapauksessa esitettävä 10 vuoden kuluessa vakuutustapahtumasta tai jos vakuutus on otettu henkilövahingon tai vahingonkorvausvelvollisuuden varalta, vahinkoseuraamuksen aiheutumisesta. Korvausvaatimuksen esittämiseen rinnastetaan ilmoituksen tekeminen vakuutustapahtumasta. Jos korvausvaatimusta ei esitetä säädettyssä ajassa, korvauksen hakija menettää oikeutensa korvaukseen. (Vakuutusehdot kohta 11.2)

**KORVAUSHAKEMUS**

- 
- Matkasairaus
- 
- 
- Matkatapaturma
- 
- 
- Matkan keskeytyminen
- 
- 
- Matkan peruuntuminen

Sairaanhoitokuluista on haettava korvausta ensisijaisesti Kansaneläkelaitoksen paikallistoimistosta.

Vakuutusnumero
Käsittelytunnus

<b>HENKILÖTIEDOT</b>	Vakuutetun täydellinen nimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Sähköpostiosoite		Puhelin 8 - 16
	Ammatti	Työnantaja	
<b>VAKUUTUSTIEDOT</b>	Vakuutusnottajan nimi		Henkilö-/Y-tunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
<b>PANKKIYHTEYS</b>	Henkilö, jonka tilille korvaus maksetaan		
	Pankin ja konttorin nimi		Täydellinen tilinumero
<b>MATKAN TIEDOT</b>	Milloin matkan piti alkaa/matka alkoi?	Milloin matkan piti päättyä/matka päättyi?	<input type="checkbox"/> Lomamatka <input type="checkbox"/> Virkamatka <input type="checkbox"/> Kilpailumatka <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	<b>TAPAHTUMAPAIKKA</b> Missä vakuutettu oli vahingon sattuessa, tarkka osoite?		
<b>MATKAN PERUUNTUMINEN TAI KESKEYTYMINEN</b>	<b>Peruuttamisen/keskeytyksen syy.</b> Tapaturmasta tai sairaudesta merkitään tiedot "tapaturma" tai "sairaus" kohtiin		Milloin peruutitte/keskeytitte matkan?
	Onko matkatoimisto perinyt peruutusturvamaksun? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		Ennakkoon maksetun matkan hinta euroa
	Kuinka paljon olette saaneet hyvitystä matkanjärjestäjältä peruuntuneesta/keskeytyneestä matkasta (toimittakaa tosite, vaikka matkanjärjestäjä ei olisi antanut hyvitystä matkasta)?		euroa
	<b>Selvitys matkan keskeytyksestä aiheutuneista ylimääräisistä kuluista.</b>		
<b>TAPATURMA</b>	Tapaturma sattui pvm	klo	Vamma, kehonosa
	Miten tapaturma sattui? Mitä tapahtui ja miksi? Riittäväällä tapahtumaselostuksella nopeutatte korvausasiante käsittelyä (jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle).		
	Milloin ja missä menitte lääkäriin?		
	Lääkärin ja hoitolaitoksen nimi		Sairaalassaoloaika
	Onko samaan kehonosaan kohdistunut aiemmin sairauksia tai vammoja? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit ja hoitajat
	Onko poliisitutkimus pidetty? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Missä ja milloin?	Olitteko alkoholin tai muun huumaavan aineen vaikutuksen alaisena vahingon sattuessa? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
<b>SAIRAUS</b>	Milloin sairauden oireet alkoivat?		Sairauden nimi
	Milloin ja missä menitte lääkäriin?		Lääkärin nimi ja osoite
	Hoitopaikka (sairaala, hotelli)		Hoitoaika
	Oletteko aikaisemmin sairastanut samanlaista sairautta tai onko Teillä ollut siihen liittyviä oireita? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä		Milloin ja minkälaisia? Aikaisemmat hoitopaikat/lääkärit
<b>YHTEENVETO KULUISTA Oheisten tositteiden mukaan</b>	Mitä tapaturman hoito- tai muita kuluja vakuutettu on itse maksanut ja millä valuutalla? (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)		
	Erittely kuluista. (Jatkakaa tarvittaessa kääntöpuolelle)	Yhteensä euroa	Valuutta
<b>ALLEKIRJOITUS</b>	Vakuutusyhtiöihin kohdistuvan rikollisuuden torjumiseksi ilmoitamme vahingosta <b>vakuutusyhtiöiden yhteiseen tietojärjestelmään</b> . (Tämä koskee luonnollista henkilöä.) Vakuutusyhtiöt käyttävät näin saamia tietoja <b>ainoastaan korvauskäsittelyn yhteydessä</b> tarkistaessaan mitä vahinkoja muille yhtiöille on ilmoitettu. Ilmoitan suostuvani siihen, että minua tutkineet ja hoitaneet lääkärit, sairaalat, terveyskeskukset, neuvolat, työterveyshuollon yksiköt, mielenterveystoimistot ja yksityiset sairaanhoitolaitokset sekä toiset vakuutusyhtiöt ja vakuutus- ja eläkelaitokset antavat Fennialle korvausasianteen käsittelyä varten tarpeellisia terveydentilaani koskevia henkilötietoja. Tarvittavien tietojen hankkimiseksi vakuutusyhtiö voi luovuttaa edellä mainituille tahoille terveydentilaani ja vakuutustani koskevia yksilöityjä tietoja. Vakuutan annetut tiedot oikeiksi		
	Paikka ja päiväys	15 vuotta täyttäneen vakuutetun tai muussa tapauksessa huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys	